

more than 50 Hz, the Republic of Belarus). According to official data 106 patients were under treatment in the division of Proctology within the Department of Surgery at the 2nd Vitebsk Regional clinical hospital (Vitebsk regional clinical specialized center since April 23d, 2014). The average age 3,2 years old. group was 66,4

**Results and discussion.** 76% of patients underwent the curative surgery after laser recanalization (without a diverting colostomy). 7% of patients were not able to undergo recanalization of rectal segment due to the length of the tumor more than 12 cm (4.72441 Inch).

**Conclusion.** The implementation of laser recanalization at stenosing with the following stent placement for achieving acute colonic decompression in obstructed colorectal cancer. Laser recanalization allows to execute early antegrade decompression of digestive tract with fast rehabilitation of motor—evacuation of the large intestine (without laparotomy or colostomy). The developed technology allows a patient to be prepared for the surgical treatment followed by primary radical interference in a much safer environment. While placing the stent it is crucial to consider the length of the tumor and the diameter of the stent, in order not to perforate intestine where the tumor is located.

## NEW APPROACH TO AVOID INTRAOPERATIVE COMPLICATIONS DURING LATERAL LYMPHATIC DISSECTION IN LOW RECTAL CANCER PATIENTS

**Kernichnyi V. V., Sukhodolya A. I., Sych O. O., Balytskyy V. V.**

Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University,  
Khmelnitsky Regional Hospital

The lateral extra—mesorectal metastasis have extremely massive and severe arterial network. Because of that, the lateral lymphatic dissection in patients with low rectal cancer might induce bleeding that become life—threatening intraoperative complication.

We analyzed the preoperative examination results of 20 patients. Patients were evenly divided into two groups. The first group of patients (n = 10) additionally performed percutaneous transfemoral selective angiography of pelvic blood vessels. The second group of patients (n = 10) was performed CT scan of the pelvis with intravenous contrast.

The study on topographic anatomy of angio—architectonics of lateral extra—mesorectal metastasis in each individual patients might be efficient to prevent these complications. In present study we confirmed the efficiency of the preoperative percutaneous transfemoral selective angiography of pelvic blood vessels, or computed tomography of pelvic organs with intravenous contrast in low rectal cancer patients who scheduled for the lateral extra—mesorectal lymphatic dissection. This approach might be included in the protocol of the preoperative examination of patients with low rectal cancer.

## ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ОСЛОЖНЕННОГО СИНХРОННЫМ И МЕТАХРОННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

**Запорожченко Б. С., Муравьев П. Т., Горбунов А. А., Колодий В. В.,  
Холодов И. Г., Бондарец Д. А.**

Одесский национальный медицинский университет

**Актуальность.** Среди онкологической патологии рак прямой и ободочной кишки занимает второе место в структуре опухолей ЖКТ и составляет 14—15% от всех раковых заболеваний. Почти в 20% случаев заболевание проявляется острой обтурационной кишечной непроходимостью, причём в ряде случаев истинная причина её устанавливается только во время оперативного вмешательства. У трети больных заболевание оказывается далеко зашедшим и сопровождается наличием метастазов в печени. Наличие метастатического процесса в печени ставит под сомнение радикальность и, в ряде случаев, целесообразность выполнения оператив-

ного вмешательства. Расширение объёма оперативного вмешательства за счёт удаления метастазов в печени позволяет добиться приемлемого непосредственного результата и пролонгирования медианы жизни оперированных больных.

**Целью исследования** явилось улучшение непосредственных и отдалённых результатов хирургического и комбинированного лечения больных колоректальным раком, осложнённым метастатическим поражением печени.

**Материалы и методы.** За последние 10 лет в клинике проведено лечение 370 больных колоректальным

раком, у 211 (57,0%) из них діагностовано метастатичне ураження печінки, в тому числі синхронне — у 109 (51,6%) хворих і метакронне — виникле в віддалені терміни після операції (від 4—х місяців до 3 років) — у 102 (48,3%) хворого. Около треті хворих (109 (29,5%)) поступили ургентно з клінікою обтураційної кишечної непрохідності, кишечним кровотеченням або перфорацією пухли.

Мужчин було 211 (57,0%), жінок — 159 (43,0%) в віці від 36 до 82 років. Первинна локалізація патологічного процесу в сліпій кишці діагностована у 69 (18,6%) хворих, в висхідній ободочній — 14 (3,8%), в поперечної ободочній — 29 (7,8%), в нисхідній ободочній — 80 (21,6%), в сигмовидній — 102 (27,6%), в прямій — 76 (20,5%).

**Результати і їх обговорення.** Обсяг і вид оперативного втручання залежав від локалізації пухли і розповсюдженості онкологічного процесу. Ургентна хірургічна допомога надана 109 (29,5%) хворим. З них в обсязі правосторонньої геміколектомії — 27 (7,3%) хворим, розширеної правосторонньої геміколектомії — 14 (3,8%) хворим, лівосторонньої геміколектомії — 21 (5,7%) хворим. Операція типу Гартмана виконана у 47 (12,7%) хворих. Померло 9 хворих. Летальність становила 8,3%. Планово прооперовано 261 (70,5%) хвору. Правостороння геміколектомія виконана у 42 (11,4%) хворих, резекція поперечно — ободочної кишки — у 29 (7,8%), лівостороння геміколектомія — у 59 (15,9%), резекція сигмовидної кишки — у 55 (14,9%), передня резекція прямої кишки — у 39 (10,5%), брюшно—анальна резекція — у 23 (6,2%), екстирпація прямої кишки — у 14 (3,8%). Померло 10 хворих. Летальність становила 3,8%.

211 (57,0%) хворим колоректальним раком з синхронними метастазами в печінці проведені комбіновані операції: хірургічне видалення метастазів поєднувалося з одночасним видаленням первинної пухли у 101 хворих і криодеструкція метастазів з одночасним видаленням первинної пухли у 110 хворих.

З метою подання метастазів в печінці, в залежності від їх кількості, величини і локалізації, ви-

полнили резекції печінки в обсязі атипичної резекції органу (16 (15,8%) хворих), а також сегментектомії (18 (17,8%) хворих), бісегментектомії (19 (18,8%) хворих), лівосторонньої і правосторонньої гемігепатектомії (27 (26,7%) і 21 (20,8%) хворих відповідно).

Одільною і дуже серйозною проблемою є можливість подання метастатичного процесу при синхронному метастазуванні у хворих з ургентною онкоколопроктопатологією. Як правило, ці пацієнти з колоректальним раком, ускладненим повною обтураційною толстокишковою непрохідністю, диктують необхідність екстреної або термінової її ліквідації на удручаючому фоні вираженої інтоксикації, нестабільної гемодинаміки і т.д. Розуміється, цій групі хворих виконати симультанне втручання на кишці і резекцію печінки в будь-якому обсязі не представлялося можливим в силу тяжкого стану хворих і загрози життєвого ризику оперативного втручання.

Альтернативою хірургічному видаленню метастазів у хворих синхронним метастатичним раком, по нашому мнению, є криодеструкція, яка виконана 69 хворим. Для криохірургічного впливу на метастатичні ураження печінки нами застосовується установка "Криоелектроніка", в якій криоагент — рідкий азот.

З 102 хворих, поступивших в клініку з наявністю метакронних метастатичних вузлів в печінці, 42 виконана їм лапароскопічна криодеструкція і 14 хворим "відкрита" криодеструкція в час реконструктивно—восстановительних операцій після операції типу Гартмана. В цій групі хворих, перенесших "відкриту" або лапароскопічну криодеструкцію летальних ісходів, пов'язаних з операцією, не було.

Десяти хворим колоректальним раком, ускладненим метастазами в печінку, лапароскопічну криодеструкцію проводили двічі в час 2—х років, один хвору оперовано тричі. Головною причиною смерті в віддаленому періоді у хворих всіх груп була генералізація онкопроцесу.

## ВИКОРИСТАННЯ СТРУМЕНЕВОГО ГІДРОСКАЛЬПЕЛЯ В ОПЕРАТИВНІЙ ОНКОПРОКТОЛОГІЇ

Зінчук О. Г.

Волинська обласна клінічна лікарня

**Актуальність проблеми.** Незважаючи на опрацювання і вдосконалення різних ад'ювантних і неоад'ювантних засобів, хірургічний метод на теперішній час залишається основним в лікуванні хворих на рак прямої кишки. Серед багатьох хірургічних проблем провідні місця займають питання проведення операційних втручань при місцево поширеному раку товстої кишки та доцільність і техніка виконання розширених лімфоди-

секцій (D2—D3). Тотальна мезоректум — і мезоколонектомія на теперішній час є основним методом хірургічного лікування рака товстої кишки, що забезпечує задовільні функціональні та віддалені результати.

**Мета дослідження:** покращити безпосередні та віддалені результати лікування хворих на рак товстої кишки шляхом застосування водної дисекції м'яких при проведенні операційних втручань.